

Uma situação sem precedentes? Temporalidades e políticas da “pior crise da saúde pública” no Rio de Janeiro

An unprecedented situation? Temporalities and politics of the “worst public health crisis” in Rio de Janeiro

Lucas Freire

Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

No final de 2015, os médicos da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro entraram em “estado de greve”, e o então governador, Luiz Fernando Pezão, decretou “estado de emergência”, dando início ao que inúmeros atores envolvidos na discussão classificam como “a pior crise de saúde pública” vivenciada no estado. A partir do mapeamento de notícias de jornal, entrevistas públicas, comunicados, informes oficiais etc., pretendo discutir de que maneira se produziu certa definição hegemônica da crise e como a declaração de uma “crise na saúde pública” é uma operação política-administrativa que serve a determinados propósitos. Ao olhar com um certo distanciamento para o passado, o presente e o futuro, construo um argumento que localiza a crise não apenas enquanto um projeto específico de “desmonte do SUS”, mas também como um elemento que caracteriza um modo de governo histórico no Brasil.

Palavras-chave: Crise, Saúde, SUS, Administração pública.

Recebido em 10 de março de 2021.
Avaliador A: 25 de abril de 2021.
Avaliador B: 04 de maio de 2021.
Aceito em 01 de setembro de 2021.



ABSTRACT

In the end of 2015, doctors in the Rio de Janeiro state health system went on strike, and the governor, Luiz Fernando Pezão, declared a “state of emergency”, initiating what many players involved in the discussion classified as “the worst public health crisis” experienced in the State of Rio de Janeiro. Based on the mapping of some news, public interviews, press releases, official reports etc., I intend to discuss how a certain hegemonic definition of the crisis was produced, and how the declaration of a “public health crisis” is a political-administrative operation that works for certain purposes. By looking at the past, present and future with a certain distance, I present the argument that addresses the crisis not only as a specific project of “dismantling the SUS,” but also as an element that characterizes a historical mode of government in Brazil.

Keywords: Crisis, Health, Brazilian SUS, Public administration.

INTRODUÇÃO

Às vésperas do final do ano de 2015, os médicos da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro decidiram entrar em “estado de greve” devido aos constantes atrasos no pagamento dos salários e à sensível piora das condições de trabalho na rede pública de saúde. Dias depois, o fechamento do setor de emergências do Hospital Getúlio Vargas fez com que o então governador, Luiz Fernando Pezão, publicasse no Diário Oficial do Estado (Doerj) o Decreto nº 25.521, por meio do qual instituiu o “estado de emergência” no sistema estadual de saúde devido à grave crise financeira que atingia o país e, em especial, o estado do Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) declarou em uma coletiva de imprensa que essa era a “pior crise de saúde pública” vivenciada no estado (NITAHARA, 2015).

A constante menção ao termo “crise” me fez atentar para a centralidade dessa questão para a etnografia que eu estava fazendo. Foi a partir dessa percepção que empreendi os primeiros esforços para tentar compreender essa crise, identificando quem detinha legitimidade para certifi-cá-la, quais eram os sinais de sua existência, o que provocou essa situação, quem era apontado como culpado, que medidas seriam adotadas para a sua superação e quem seria o responsável por formular e colocar em prática uma solução. Para isso, segui as propostas de mapeamento das controvérsias (LATOIR, 2000) e das disputas pelo enquadramento da

realidade (BOLTANSKI e THÉVENOT, 1991) como ponto de partida da investigação, ao fazer uma esquematização dos principais posicionamentos acerca da crise da saúde pública que começaram a circular em diferentes plataformas midiáticas a partir de meados de 2014.

Para compor tal mapeamento, lanço mão de diferentes materiais de pesquisa. Os dados discutidos foram obtidos majoritariamente por meio de consultas aos acervos de jornais de grande circulação na cidade –como *O Globo*, *O Dia* e *Extra* – e aos acervos audiovisuais dos telejornais *RJTV* e *Jornal Nacional*, da Rede Globo, bem como o programa de entrevistas *Roda Viva*, da TV Cultura. Além disso, acessei também artigos, entrevistas e matérias de revistas e outros portais de notícias disponíveis na internet, como *Época*, *Exame*, *Piauí*, *Carta Capital*, *Veja Rio*, *GI*, *BBC Brasil*, *Nexo*, *Empresa Brasil de Comunicação (EBC)*, *R7*, *Folha de S.Paulo* e *Estadão*. Outras fontes de informação foram as páginas oficiais de comunicação de políticos, órgãos e coletivos que participam dessa disputa, como o *site* de Marcelo Crivella, a página oficial de Eduardo Paes no *Facebook* e no *Twitter*, a página institucional do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos e a página de informes do Cremerj.

Além de falas, discursos, declarações, documentos, imagens e outros materiais selecionados a partir dessa pesquisa de caráter documental, trago também para a discussão dados de outra ordem, como gráficos com a recorrência da palavra “crise” em jornais e estatísticas sobre a utilização de recursos públicos para o investimento na saúde. Muitos desses dados de caráter mais quantitativo foram obtidos em plataformas *online* que visam a performar uma certa “transparência” das contas públicas e das instituições estatais, como o *Rio Transparente*, da prefeitura do município, e o *Portal Transparência*, do Governo do Estado do Rio de Janeiro. Além desses portais, foram consultadas outras fontes que agregam dados estatísticos oficiais relevantes para a pesquisa, como o *DataSUS* – página do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS) que concentra as mais variadas estatísticas sobre o sistema de saúde nacional – e os relatórios anuais de prestação de contas municipal e estadual.

Tomo esse conjunto de diferentes tipos de materiais como documentos que configuram o *enquadramento de crise*. Sem ignorar as especificidades de cada um, trato todos, se não como documentos no sentido estrito do termo, como *artefatos de documentação*, por produzirem registros – escritos, visuais e sonoros – que podem ser posteriormente arquivados, acessados e mobilizados das mais variadas formas para os mais distintos fins. Por mais que eles tenham pesos e poderes diferentes – afinal, um decreto oficial assinado por um governador não é a mesma coisa que uma entrevista de um ministro em um programa de televisão –, todos concorrem na produção e na reiteração da interpretação das situações vivenciadas na rede pública de saúde como sinais inegáveis de uma crise, ou, como proposto por Roitman (2014), como indicadores

e “fatos históricos da crise”. A análise empreendida no artigo está alinhada à perspectiva da pesquisa antropológica e etnográfica com documentos. Seguindo o que foi proposto por autoras como Vianna (2014), Ferreira (2013) e Lowenkron e Ferreira (2020), considero que tais registros não refletem a realidade, mas a constroem ativamente por meio de sua própria força social.

Dessa pesquisa de caráter mais documental resultou a construção analítica do que chamei de “versões oficiais” e “contraversões” da crise (FREIRE, 2019). No entanto, mais do que explorar detalhadamente as divergências entre as diferentes narrativas acerca das origens e finalidades da crise, pretendo discutir de que maneira a consolidação da interpretação da situação como um sinal inegável de uma “crise” é uma operação política-administrativa que deve ser observada com atenção, já que ela põe em marcha uma série de iniciativas de “reestruturação” e “readequação” dos gastos públicos. Assim, neste artigo direciono minha atenção ao que foi dito por atores-chave das “versões oficiais” nessa disputa sobre a realidade da crise, como prefeitos, governadores, ministros, secretários de Saúde e políticos, principalmente no que diz respeito aos projetos e planos de superação dessa “grave situação”.

Ao colocar a crise sob interrogação, pretendo argumentar que termos como “crise”, “escassez” e “precariedade” não são categorias dadas cujas acepções e cujo conteúdo são fixos e se dão *a priori*, mas maneiras profundamente disputadas de atribuir sentido a certos contextos e episódios. Seus significados e usos são sempre situados e relacionais, variando de acordo com o tempo (quando ocorre), o espaço (onde ocorre), a escala administrativa (federal, estadual e municipal) e o sujeito que as enuncia (quem fala): políticos da situação e da oposição, gestores públicos, especialistas, profissionais de saúde, procuradores, defensores públicos, juízes, pacientes etc. Além disso, busco demonstrar como essas noções são fabricadas para fins de gestão, uma vez que uma conjuntura de escassez implica a adoção de novas racionalidades estatais produzidas como imprescindíveis para a manutenção e o funcionamento do Estado.

Ressalto que não pretendo diagnosticar se estamos em crise ou não, explicar o que exatamente é a crise ou fazer um exercício de reflexão para chegar a uma versão própria e mais verdadeira da situação. Minha intenção é interrogar que tipo de trabalho o termo “crise” mobiliza e para quais propósitos uma definição como essa pode servir. Ao olhar com certo distanciamento para o passado – episódios anteriores caracterizados como crises –, para o presente – o enquadramento contemporâneo da “pior crise da saúde no Rio de Janeiro” – e para o futuro – as propostas de solução apresentadas –, viso construir um argumento que localiza a crise não apenas como um projeto específico de “desmonte do SUS”, mas também como um elemento que caracteriza um modo de governo de certas populações enraizado na história do Brasil. Com isso, creio que o artigo contribui para as reflexões apresentadas por outros

autores das ciências sociais e saúde sobre como as políticas de saúde se articulam com a própria formação do Estado brasileiro, tais como Hochman (2012) e Santos et al. (2019).

A organização do texto busca replicar a estrutura narrativa da crise a partir de uma espécie de “ponto de vista nativo” acessado através do material coletado, isto é, reproduzindo a maneira dos atores de concatenar e determinar o que está no *passado*, como esses episódios são refletidos no *presente* e quais são as expectativas para o *futuro*. O texto é dividido em três seções: na primeira, apresento um breve histórico da constituição do SUS e de seu duradouro “subfinanciamento”; na segunda, abordo como se produziu a crise enquanto enquadramento para as situações vivenciadas nas unidades públicas de saúde contemporaneamente; na terceira, discuto as propostas de solução aventadas pelos governantes e como elas se baseiam em projeções sobre o futuro do SUS não somente no âmbito local, mas como uma preocupação nacional.

O SUBFINANCIAMENTO CRÔNICO DO SUS: PROBLEMAS DO PASSADO

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, logo após o fim do regime militar. Com cerca de 5 mil participantes, esse evento é encarado como um grande marco na história da saúde pública brasileira. Foi no âmbito das discussões promovidas durante a conferência que se deu a redação dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que instituem a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. Em termos oficiais, a criação do Sistema Único de Saúde se deu com a publicação das duas Leis Orgânicas de Saúde (LOS): a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990. Antes da criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde era restrito àqueles que contribuía para a Previdência Social, de modo que as possibilidades de obter assistência em saúde eram demasiadamente desiguais. Os mais pobres e os que estavam fora do mercado de trabalho formal dependiam exclusivamente do atendimento prestado por instituições filantrópicas, como a Santa Casa de Misericórdia.

No cerne das discussões sobre a construção de um sistema público de saúde havia uma transformação moral profunda. Entendido até então como um tipo de favor ou caridade, após a promulgação da Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde foi concebido como um *direito fundamental* legítimo. É essa proposta de acesso irrestrito que faz com que a criação do SUS seja entendida como uma “ruptura com o padrão histórico de intervenção estatal na

área da saúde” (RIBEIRO, 2010, p. 210) ou como uma “modificação radical” em relação ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e uma contraposição à corrente neoliberal que dominava o debate sobre os serviços de saúde na América Latina naquele momento (CUETO e PALMER, 2016).

Apesar das muitas expectativas e da grandiosidade do projeto, o programa de prestação de assistência à saúde universal, equânime e integral previsto pelo SUS nunca foi plenamente realizado nem consolidado em todo o território nacional. Autores como Silva (1995), Paim e Teixeira (2007), Ocké-Reis (2008), entre outros, demonstram como o sistema público de saúde brasileiro vem enfrentando problemas permanentes desde sua fundação, os quais vão desde o subfinanciamento crônico às sucessivas crises. Ao comentar os primeiros anos após a implementação do SUS, alguns artigos falam sobre os processos de “reformas, ajustes e crises fiscais” da época. As questões levantadas são espantosamente semelhantes às discussões travadas atualmente.

A conjuntura de crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, colocou constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a universalização. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado. (MENICUCCI, 2009, p. 1.621)

[...] os avanços institucionais na saúde foram paralisados diante da crise econômica no período. As imprecisões do texto constitucional se explicitavam e a saúde ficou fragilizada pelas indefinições do governo. (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2017, p. S150)

Pouco tempo depois da criação do SUS, Silva (1995) publicou no periódico *Saúde e Sociedade* um *paper* apresentado por ele no 1º Encontro Paulista de Epidemiologia. Intitulado “O SUS e a crise atual do setor público da saúde”, o texto também parece descrever o cenário contemporâneo:

[...] terminamos escolhendo tentar fazer uma síntese de numerosas manifestações e colocações recentes, que têm aparecido em periódicos da área, como na imprensa geral, sobre o que parece ser *uma crise sem precedentes* na organização social dos serviços de saúde e atenção médica. Em poucos anos passamos de um momento de extremo otimismo e entusiasmo, até certo ponto justificável, para a atual sensação de perplexidade e desânimo. (SILVA, 1995, p. 15, grifo nosso)

Nos anos seguintes, uma nova crise financeira provocada pelas mudanças cambiais e a desvalorização do real precisou ser enfrentada entre 1998 e 1999. Os debates da época giravam em torno de um dos principais fatores que haviam provocado “o desequilíbrio da política econômica nacional” entre 1995 e 1997: os gastos públicos. As soluções propostas para

esse problema, portanto, partiam de uma combinação entre diminuição de gastos e aumento de receitas, de modo que a necessidade de “conter as despesas públicas” teve impacto no financiamento da rede de saúde. Diante da falta de recursos, numa tentativa de impedir o colapso do setor, o então ministro da Saúde, Adib Jatene, negociou a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), imposto que incidiu sobre as operações bancárias no país e cuja arrecadação seria destinada principalmente ao financiamento da saúde pública.

Em meados dos anos 2000, falava-se nas necessidades de reformas nas políticas nacionais de saúde suscitadas pelas transformações do capitalismo e pela “crise do estado de bem-estar social” no plano internacional (PIRES e DEMO, 2006). Ao discutir as reformas do sistema de saúde em andamento, Viana e Dal Poz (2005) argumentam que a crise vivenciada na década anterior foi a principal propulsora de uma “reforma da reforma da saúde” ou uma “reforma incremental” do SUS. Naquela ocasião, o papel da crise na definição dos rumos das políticas nacionais de saúde já era destacado: “[...] quanto às exigências econômicas, o quadro de crise das finanças públicas e de adoção de políticas de ajuste não é, por si só, um limitador da reforma, e sim um impulsionador de novas modalidades de gestão, economizadoras de custos” (VIANA e DAL POZ, 2005, p. 242).

Em 2007, um novo capítulo da crise da saúde pública no Brasil foi delineado, tendo como marco o fim da CPMF. Naquele momento, autores como Ocké-Reis demonstravam grande preocupação com o impacto das decisões políticas de contenção, cortes e ajustes fiscais na diminuição do financiamento do SUS. Em suas palavras:

[...] considerando esta restrição orçamentária, o Estado não tem sido capaz de responder às necessidades de cobertura, a um só tempo, impedindo que o SUS se fortaleça e deixando espaço para o crescimento do mercado de planos de saúde. (OCKÉ-REIS, 2008, s. p.)

No que diz respeito ao contexto contemporâneo da saúde pública no estado do Rio de Janeiro, é possível identificar um primeiro “momento de crise” no início da década. Em 2011, o telejornal *RJTV* da Rede Globo, exibiu uma série de reportagens intitulada “A saúde do Rio”, na qual um jornalista acompanhou durante seis meses o cotidiano de diferentes postos de saúde, clínicas da família, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais para mostrar as “falhas” do setor no estado do Rio de Janeiro. Naquele período, o termo crise ainda não estava sendo utilizado para descrever o cenário das unidades públicas de saúde da cidade, situação que mudaria nos anos posteriores.

A “PIOR CRISE DA SAÚDE” NO RIO DE JANEIRO: O ENQUADRAMENTO DO PRESENTE

As primeiras empreitadas de pesquisa sobre os discursos da crise da saúde pública no Rio de Janeiro colocaram uma questão em evidência: ao mesmo tempo que existiam dois consensos fundamentais sobre a crise, havia diferentes versões sobre o que estava acontecendo na rede pública de saúde. Os consensos diziam respeito à existência da crise em si mesma e ao que a palavra “crise” se referia ou qualificava, pois era unânime a ideia de que se enfrentava uma crise de fundo econômico, uma situação causada pelo “desfinanciamento” do SUS. Entretanto, os raciocínios que explicavam e davam sentido a esse diagnóstico variavam. Em outras palavras, os significados atribuídos aos episódios mais recentes de precariedade e escassez vivenciados nas unidades públicas de saúde estavam sendo disputados por diferentes atores na esfera pública. Embora contra-argumentos fossem frequentemente apresentados por aqueles que se opunham aos discursos dos governantes, a ideia de que estávamos vivendo “a pior crise na saúde pública do Rio de Janeiro” tornou-se a interpretação hegemônica até mesmo entre aqueles que argumentavam que a crise era, na verdade, um projeto político de desmonte do SUS.

Como colocado por Roitman (2014), declarar uma crise significa definir uma maneira específica de interpretar acontecimentos. Para a autora, tal definição dependeria da obliteração dos outros modos de compreender a mesma situação, o que implica a permissão e o estímulo para que certos questionamentos sejam feitos, enquanto outros são sumariamente apagados ou bloqueados. Com isso em mente, nesta seção trato de como o termo “crise” adquiriu centralidade na descrição da situação da saúde pública no Rio de Janeiro, ou seja, de que maneira a crise se tornou o “enquadramento” usado para interpretar o cenário.

A noção de enquadramento aqui utilizada parte das formulações elaboradas por Goffman (2012) e Butler (2004 e 2015). Ambos se preocupam em demonstrar que a definição do real é sempre atravessada por tensões e disputas entre diferentes lados ou versões de uma mesma situação. Isto é, segundo Goffman, uma pergunta tão elementar quanto a do tipo “o que está acontecendo aqui?” admite uma multiplicidade de repostas, as quais dependem do enfoque dado por quem a responde, já que é comum que as pessoas apresentem diferentes perspectivas sobre um “mesmo” acontecimento. Existiria em diferentes contextos um conflito entre distintas *aberturas e níveis de enfoque* que buscam se estabelecer como um “ponto de vista real” ou “oficial” (GOFFMAN, 2012). Butler, por sua vez, propõe a ideia de “enquadramento” (*frame*) como uma espécie de moldura que não apenas delimita o que está dentro e o que está fora do “quadro”, também estabelecendo como seu conteúdo deve ser observado. A autora procura estar atenta

às relações de força que atravessam os conflitos para estabelecer uma versão dada e inquestionável da realidade, o que se fez por meio da fabricação de um consenso acerca do significado e dos usos de determinadas palavras (BUTLER, 2004). Logo o enquadramento não é uma mera interpretação de uma situação ou fenômeno, mas uma peça fundamental de sua própria fabricação (BUTLER, 2015).

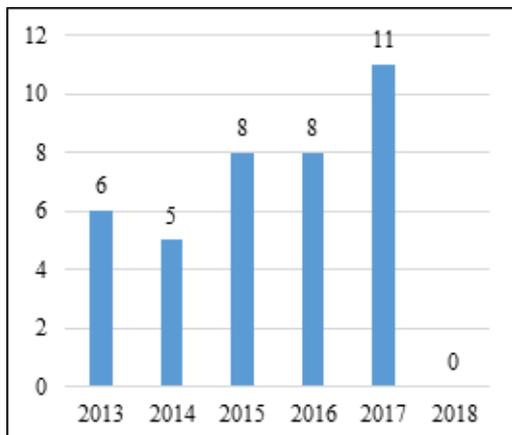
Ao colocar a ideia de crise da saúde sob escrutínio, sigo as propostas de Butler. Isto é, se para a autora “os enquadramentos de guerra são parte do que constitui a materialidade da guerra” (BUTLER, 2015, p. 51), penso que o enquadramento de crise é um elemento fundamental na produção da própria crise. Para dar início à discussão, trago um conjunto de dados sobre a circulação do termo “crise” em uma dimensão da esfera pública¹. A seguir, apresento informações sobre: 1) a recorrência da palavra “crise” nos títulos de informes publicados pelo Cremerj; 2) as notícias publicadas na página oficial do Conselho Federal de Medicina (CFM) em que o termo crise é mencionado; e 3) a quantidade de matérias em que consta a expressão “crise da saúde” no acervo digital dos jornais *O Globo* e *Extra*².

Uma análise com um viés quantitativo mais restrito ou rigoroso poderia dizer que essas informações são insignificantes e não permitem que nenhuma inferência seja feita, uma vez que, por exemplo, o termo aparece em menos de 2% do total dos informes do Cremerj. Não discordo totalmente. Entretanto, ao relacionar o uso da palavra crise com as narrativas de diferentes atores e instituições em um contexto mais amplo – ou seja, combinar materiais qualitativos e quantitativos –, busco discutir como se consolida uma certa interpretação da situação social como característica de um cenário de crise.

1 A noção de esfera pública utilizada tem como base as discussões de Butler (2004) acerca de como determinados temas, eventos e questões de relevância social são discutidos publicamente pela mídia. A autora, por sua vez, inspira-se no conceito habermasiano de esfera pública.

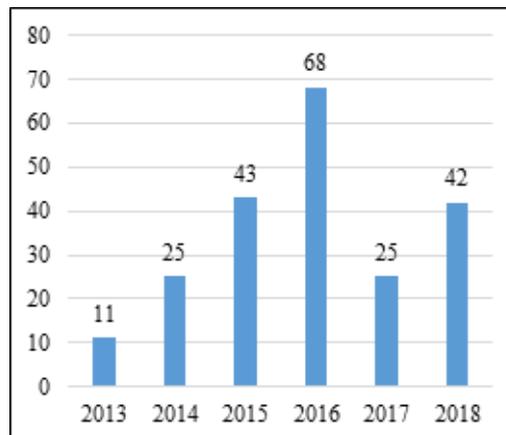
2 A ideia inicial era buscar informações nos principais jornais impressos que circulam na região metropolitana do Rio de Janeiro. Entretanto os jornais *O Dia*, *Meia Hora* e *Expresso* não possuem um acervo digital disponível para consulta – nem mesmo mediante pagamento de assinatura –, por isso não puderam ser incluídos na análise mais estritamente quantitativa.

Gráfico 1. Recorrência do termo “crise” nos títulos de informes do Cremerj (2013-2018)



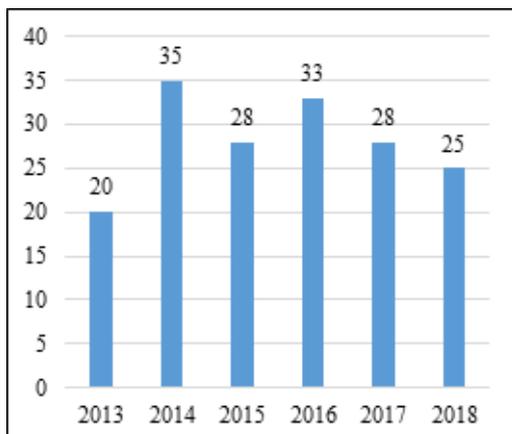
Fonte: Elaborado a partir do site do Cremerj (2021).

Gráfico 3. Matérias do jornal O Globo sobre a “crise da saúde” (2013-2018)



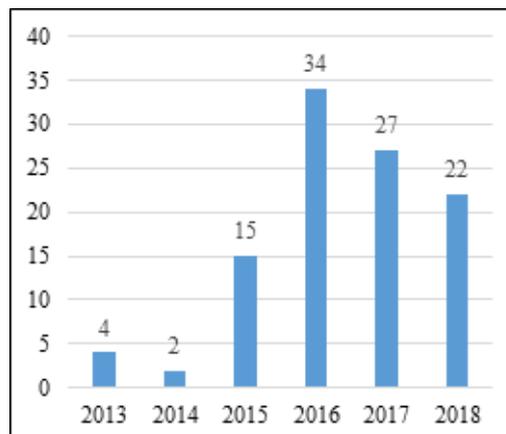
Fonte: Elaborado a partir do acervo digital do O Globo (2021).

Gráfico 2. Recorrência do termo “crise” nas notícias veiculadas no portal do CFM (2013-2018)



Fonte: Elaborado a partir do site do Cremerj (2021).

Gráfico 4 – Matérias do jornal Extra sobre a “crise da saúde” (2013-2018)



Fonte: Elaborado a partir do acervo digital do jornal Extra (2021).

As leituras possíveis desses gráficos apontam para diferentes questões relacionadas ao enquadramento da crise. Começo por aqueles que dizem respeito ao modo como a crise vem sendo debatida na esfera pública: os gráficos 3 e 4. Ambos os jornais pertencem ao mesmo grupo empresarial (Infoglobo), estão baseados no Rio de Janeiro e são impressos diariamente, sendo o *Extra* um jornal de enfoque e circulação local e *O Globo* uma publicação de caráter nacional. Eles foram escolhidos porque possuem um acervo digital organizado e de acesso público a

um restrito conjunto de dados, tais como a quantidade de páginas e matérias digitalizadas, a classificação por data de publicação e os títulos dos artigos. Os gráficos apresentam números distintos nas quantidades de artigos sobre a crise da saúde publicados ao longo dos últimos seis anos: enquanto foram publicadas ao todo 104 matérias no *Extra*, o jornal *O Globo* publicou 214, uma diferença que pode ser parcialmente explicada pelo tamanho de cada um dos jornais. Independentemente da quantidade de artigos publicados, ambos apontam para o significativo crescimento do uso do termo a partir de 2015, tendo como o auge das publicações sobre o assunto o ano de 2016. Sobre o ano de 2015, é preciso lembrar o decreto de “estado de emergência na saúde pública” editado pelo governador no dia 23 de dezembro. Destaco que, das 43 matérias publicadas em *O Globo* em 2015, 21 foram publicadas no mês de dezembro (sendo 13 até a data do decreto); e, das 15 do jornal *Extra*, oito saíram no jornal naquele mês (tendo cinco matérias saído até a data do decreto).

Além dos jornais impressos, outros veículos de comunicação também discutiam a crise naquele momento, ainda que nem sempre utilizando especificamente esse termo. Um exemplo dessa situação foi a série de treze reportagens intitulada “O Rio na UTI”. Exibidas entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016 no telejornal *Balanço Geral* da Rede Record, essas reportagens traziam gravações feitas nas unidades de saúde, entrevistas realizadas com pacientes e profissionais de saúde, documentos publicados por gestores etc. Através de um conjunto de metáforas médicas, o SUS é antropomorfizado nessas matérias e descrito como um ser que está “em estado grave”, que “está na UTI” ou até mesmo que “está agonizando”.

Com a intenção de explorar como se deu o avanço da discussão pública sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro nos últimos anos, passo agora para uma análise mais detida dos informes institucionais do Cremerj, veiculados em uma área específica de sua página oficial. Estão disponibilizados para consulta pública mais de 3 mil informes publicados desde abril de 2009, listados de acordo com data de publicação e divididos por mês e ano. Diante do grande número de informes disponíveis, o primeiro critério de seleção era analisar os informes que incluíssem o termo “crise”. Após ter verificado a recorrência da palavra, adotei um recorte temporal, analisando as publicações entre 2013 e 2018, obtendo um universo de 2.202 informes. Uma rápida busca pela palavra “crise” nessa página revelou que o termo apareceu 39 vezes³ nos títulos desses informes institucionais nos últimos anos.

3 Ainda que eu tenha selecionado para entrar na contagem apenas os informes cujos títulos continham necessariamente a palavra “crise” – especialmente por conta dos limites de minha capacidade de processar e analisar dados quantitativos –, considero fundamental ressaltar que a ideia de crise aparece de outras formas em inúmeros outros informes, como os intitulados “Unidades municipais têm situação agravada pela falta de verbas” ou “Hospital Cardoso Fontes segue em situação crítica”.

Nos informes disponibilizados pelo Cremerj, a palavra “crise” é utilizada para descrever os problemas de financiamento que começavam a afetar a infraestrutura dos serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro em 2013. Naquele momento, a crise parecia atingir apenas os hospitais sob a administração federal e de outros municípios para além da capital. Dos seis registros, dois falam sobre hospitais federais; três falam sobre unidades de saúde nos municípios de São João de Meriti (na Baixada Fluminense), Petrópolis e Teresópolis (na Região Serrana); e um fala sobre a agenda de reivindicações dos médicos fluminenses.

Em 2014, a maior parte dos informes ainda falava sobre a situação de crise nos hospitais federais da cidade. A “situação crítica das unidades estaduais de saúde” só começou a figurar nas publicações do conselho em meados de 2015. Próximo do fim daquele ano, o uso da palavra “crise” nos títulos dos informes se intensificou: dos oito registros, sete deles se deram nos últimos dois meses do ano (dois no mês de novembro e cinco em dezembro). Segundo esses informes, foi nesse período que a classificação da situação da saúde pública no Rio de Janeiro como “em crise” se consolidou.

Se entre 2013 e 2014 o tom desses informes era de “denúncia” sobre o que estava acontecendo nos hospitais públicos e clínicas, a partir de 2015 a situação se alterou. Ao longo daquele ano, os informes do Cremerj não se limitaram a tornar público o que estava se passando nas unidades no tempo presente, também expandindo a temporalidade da crise para o futuro, ao passar a veicular certos “avisos” e “alertas” sobre os perigos da falta de determinados medicamentos, do não pagamento dos profissionais, do corte de verbas para manutenção dos hospitais etc. O tom não era mais somente o de “denúncia do agora”, mas também o de temor em relação ao que estaria por vir. Para os membros do conselho, o que estava em jogo naquele momento era o possível colapso total de algumas unidades e, conseqüentemente, a morte de inúmeras pessoas que dependiam exclusivamente do SUS para o cuidado em saúde.

A partir de 2016, além da “denúncia” e do “alerta”, os informes começaram a ser marcados por um tom de indignação. Textos cujos títulos são “Angra dos Reis: crise na saúde pública se agrava” (CREMERJ, 2016a), “Emergência do HFB [Hospital Federal de Bonsucesso] sofre com superlotação” (CREMERJ, 2016b), “Crise na saúde avança em todo o Estado” (CREMERJ, 2016c), entre outros, mostram que essa reação tem como fonte o “descaso com a saúde pública” e um conjunto de situações de precariedade relatado pelo conselho, como os atrasos nos pagamentos dos profissionais, a demora na reposição do estoque de medicamentos e insumos e o descumprimento da lei que obriga os municípios e o estado a repassar para a saúde um percentual mínimo do montante arrecado. Em suma, a raiz da indignação do Cremerj estava no fato de que os políticos e gestores estavam dificultando o trabalho dos médicos e “colocando

a população em risco” ao negligenciar as unidades públicas de saúde.

No ano seguinte, a crise nos hospitais federais e estaduais saiu do foco dos informes do Cremerj. Na verdade, quando um informe de 2017 se refere à rede federal de saúde, um único assunto domina o debate: os problemas enfrentados por pacientes oncológicos. A maior parte dos textos publicados pelo conselho durante aquele ano tinha o objetivo não só de denunciar, mas também se posicionar contra as escolhas e medidas adotadas pelo então prefeito Marcelo Crivella para a gestão dos problemas que afetavam o funcionamento das clínicas da família e dos centros municipais de saúde.

Se em 2017 a recorrência do termo “crise” nos títulos dos informes do Cremerj foi a maior nos últimos anos – foram 11 registros no ano –, chama atenção o fato de a palavra ter desaparecido dos títulos ao longo de 2018. Isso não significa, de maneira alguma, que o assunto deixou de ser pauta do conselho ou que a crise foi superada. A leitura dos informes do ano de 2018 sugere que o foco das discussões do órgão deixou de ser a crise em si e passou a se concentrar nos efeitos dos projetos de solução apresentados e/ou colocados em prática por gestores municipais, estaduais e federais que se fundamentavam em “políticas fiscais de austeridade”. O tema da crise apareceu em informes que relatam a demissão de funcionários, a redução dos serviços oferecidos à população, o fechamento de unidades de saúde etc. Isto é, ainda que não tenha sido explicitamente mencionada nos títulos, a crise se faz presente nesses textos de diferentes formas.

Em síntese, os gráficos, informes, decretos, notícias, artigos, reportagens etc. funcionam para estabelecer uma certa interpretação para a situação da saúde pública do Rio de Janeiro: um enquadramento de crise que é, no fim das contas, o diagnóstico de um “problema social” (LENOIR, 1998). Nesse sentido, tais documentos não apenas corroboram uma dada cronologia para a crise da saúde no Rio de Janeiro, mas também definem as bases para um tipo de “narrativa apocalíptica” que produz colateralmente uma demanda moral para que “algo seja feito”. É dos projetos arquitetados sob a justificativa da “necessidade de intervenção” que trata a próxima seção.

REESTRUTURAÇÃO, ENDURECIMENTO E AUSTERIDADE: AS POLÍTICAS DA CRISE

De acordo com Koselleck (1999), *crise* e *crítica* são conceitos cognatos. Definir algo

como uma crise pressupõe uma forma de narrar que procura determinar como as coisas *deveriam* funcionar e quais foram os desvios de sua verdadeira função que geraram tal situação. Ou seja, na medida em que a crise é o resultado da discrepância entre a “experiência vivida” e a “expectativa da história”, uma declaração de crise sempre engendra certa forma de crítica. Roitman (2014) parte do postulado de Koselleck ao afirmar que uma crise sempre deve ser observada do ponto de vista da *política da crise*, uma vez que é a classificação de uma “conjuntura de crise” que prepara o terreno para que os projetos apresentados de um “futuro novo” sejam entendidos como parte de um imperativo moral incontornável. Para a autora, o conceito de crise possui uma natureza que é ao mesmo tempo *normativa e teleológica*, já que a retórica da crise exige que se estabeleça um “futuro outro”, de modo a fundamentar diferentes planos e ações políticas transformativas e/ou intervencionistas.

As elaborações de Koselleck e Roitman condizem com as diferentes acepções dicionarizadas da palavra “crise”, em especial a que a define como um “desacordo ou perturbação que obriga instituição ou organismo a recompor-se ou a demitir-se” (PRIBERAM, 2022, n. p.). É a partir das colocações desses autores e dessa definição do termo que argumento que a produção de uma crise é sempre um processo de constituição mútua de causas plausíveis e soluções viáveis para sua superação. Para encerrar as discussões deste artigo, coloco em questão as propostas apresentadas por governantes para que os distintos “futuros catastróficos” vaticinados pelas heterogêneas “versões oficiais” da crise da saúde pública não se realizem.

Ao longo de seu mandato, o ex-prefeito do Rio de Janeiro Marcelo Crivella negou diversas vezes que as unidades municipais de saúde estivessem enfrentando condições de precariedade e escassez. Logo, se não havia crise, não havia também nenhuma proposta para sua solução. Em situações em que era insustentável manter um discurso de negação ou desconhecimento da crise nos hospitais, clínicas da família e UPAs, a resposta dada por Crivella diante do anseio de resolução do problema era a de que todos precisavam ter “paciência”: população, profissionais de saúde e gestores de Organizações Sociais (OS). Os pedidos de “paciência”, “compreensão” e “tolerância” se repetiram desde o início de seu governo. No levantamento realizado, foi possível encontrar declarações do ex-prefeito nesse sentido desde seu discurso de posse até o início do ano de 2019. Ao assumir o cargo, Crivella disse que:

O povo entende que governar exige, muitas vezes, contrariar interesses quando esses são contrários ao bem-estar comum. Em momentos assim, não é raro que a fúria dos inconformados se derrame pela via da injúria, da calúnia e da difamação. Se isso ocorrer, peço ao povo, de antemão, *compreensão e paciência*. (VEJA..., 2017, grifo nosso)

Em seu balanço de 100 dias de governo, o pedido foi repetido. Após um ano na liderança da prefeitura, também. Em uma entrevista concedida no final de 2017, Crivella iniciou uma de suas respostas reconhecendo que havia cometido alguns erros durante seu primeiro ano de gestão. Ao longo de seus dois primeiros anos como prefeito, Crivella foi poucas vezes explícito quanto a seus projetos e medidas para a superação da crise da saúde pública. A maioria dos pronunciamentos feitos por ele se referiu aos atos já cometidos, como quando afirmou que havia liberado R\$ 100 milhões para a compra de medicamentos. Quando questionado sobre o futuro, a promessa de resolução se resumia em declarações do tipo “estamos trabalhando para resolver essa questão”; “os salários serão pagos até o fim da próxima semana”; “os medicamentos começarão a chegar nas clínicas a partir de amanhã”.

A postura de indefinição e de respostas vagas do prefeito e de seus assessores mudou no final de 2018, quando foi apresentado o plano de “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde”. Inicialmente, o projeto previa a redução de R\$ 725 milhões do orçamento da Saúde, o que acarretaria a demissão de cerca de 1.200 funcionários do Programa de Saúde da Família da cidade. Foi a partir dessa ocasião que Crivella afirmou explicitamente que a saída para a crise residiria em medidas de austeridade fiscal e reestruturação do modelo de saúde vigente até então, ou, nas palavras do próprio prefeito, no “redimensionamento” dos serviços de saúde.

Em janeiro de 2019, Crivella anunciou a criação de mecanismos de controle e vigilância dos gastos das OS que gerenciam as clínicas da família. Se, como ele defendia, a crise da saúde na cidade do Rio de Janeiro teve origem na má gestão das empresas encarregadas de administrar as unidades municipais de saúde, a abertura da “caixa-preta das OS” por meio do monitoramento da produtividade e das metas estabelecidas nos contratos com as instituições seria fundamental para a sua superação. De acordo com a equipe do então prefeito, quando essa medida fosse efetivamente aplicada, informações sobre a “transparência dos custos” e a “especificação das despesas” estariam disponíveis para que a prefeitura pudesse “controlar efetivamente” as OS e realizar uma “gestão eficaz” da saúde municipal.

No âmbito estadual, as decretações do “estado de emergência” na saúde pública em dezembro de 2015 e do “estado de calamidade pública” em meados de 2016 representaram momentos decisivos na implementação de projetos de “ajuste fiscal” e “austeridade” para impedir que a crise se tornasse ainda maior. De acordo com o governador em exercício na época, Francisco Dornelles, era preciso adotar “medidas duras” – e contrárias às diversas leis que regulam como o governo do estado deve utilizar os recursos públicos provenientes tanto dos repasses federais quanto do arrecadamento estadual – para conter o crescimento do “rombo” nas contas públicas do estado do Rio de Janeiro.

Um exemplo de “medida dura” aplicada por Dornelles enquanto ocupou a chefia do

governo do estado foi a suspensão dos programas sociais Renda Melhor – cujos benefícios variavam entre R\$ 30 e R\$ 300 e eram destinados a 122 mil famílias em situação de “extrema pobreza” (cuja renda *per capita* era inferior a R\$ 100) – e Renda Melhor Jovem – o qual oferecia auxílio financeiro para que jovens pobres pudessem concluir o ensino médio. A medida foi publicamente criticada pelo próprio secretário de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos da época, Paulo Melo. De acordo com o gestor, o corte resultaria em uma economia mínima nos gastos do governo, ao passo que impactaria profundamente a vida dos beneficiários. Alegando que o aumento do Bolsa Família previsto para setembro daquele ano compensaria o valor perdido, Dornelles manteve a suspensão dos programas.

O decreto de “estado de calamidade pública” foi assinado às vésperas dos Jogos Olímpicos de 2016. Dornelles afirmou em diferentes ocasiões que esse ato era imprescindível para que o governo do estado pudesse cumprir suas obrigações para a realização do evento. Além disso, o decreto visava a “impedir um total colapso na Saúde, Segurança, Educação e Mobilidade do Rio de Janeiro” (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 1). Na prática, a decretação do “estado de calamidade pública” significou, por exemplo, que o secretário de Estado de Saúde pôde determinar a interrupção da dispensação de certos medicamentos – inclusive aqueles que o estado havia sido sentenciado a fornecer –, sem que isso suscitasse um pedido de prisão por descumprimento de decisão judicial.

Luiz Fernando Pezão retornou ao governo do estado em novembro de 2016. Uma de suas primeiras ações foi anunciar a criação de um pacote de “ajuste fiscal” para solucionar a crise no Rio de Janeiro. Pezão determinou por meio de decretos a extinção do programa Aluguel Social⁴ a partir de junho do ano seguinte; a extinção ou a transferência da gestão dos restaurantes populares⁵ para as prefeituras; a diminuição de oito secretarias do governo, que seriam extintas ou incorporadas por outras; a redução de 30% do valor das gratificações pagas aos trabalhadores em cargos comissionados e do salário de governador, vice-governador, secretário de Estado e presidente de autarquia estadual; a redução de 30% do número de cargos comissionados em

4 O Aluguel Social é um benefício assistencial de caráter temporário destinado a atender necessidades advindas da remoção de famílias domiciliadas em áreas de risco, desabrigadas em razão de vulnerabilidade temporária ou calamidade pública.

5 Os restaurantes populares – também chamados de restaurantes cidadãos – fazem parte do programa de segurança alimentar do Governo do Estado do Rio de Janeiro. Sua missão é fornecer refeições de alta qualidade a preços acessíveis para a população de baixa renda. O estado do Rio chegou a ter 18 restaurantes populares em funcionamento. Entre junho de 2016 e julho de 2017, todos eles permaneceram fechados por conta da crise financeira do estado. Em 2019, cinco deles estavam em funcionamento, sendo administrados e financiados pelas respectivas prefeituras: três na cidade do Rio de Janeiro (Bangu, Bonsucesso e Campo Grande), um em Niterói e um em Petrópolis. Os restaurantes oferecem café da manhã por R\$ 0,50 e almoço por R\$ 2.

todas as áreas do governo do estado; o aumento do valor da integração e limitação no total mensal subsidiado pelo Bilhete Único⁶; e a regulamentação do Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal (Feef), que passou a receber o depósito de todos os estabelecimentos estaduais que recolhem o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

Além dos decretos, Pezão protocolou 22 projetos de lei na Assembleia Legislativa. Entre as propostas apresentadas estavam o aumento do ICMS relativo aos produtos dos setores de fumo, energia, telecomunicações, gasolina, refrigerantes e cervejas; a utilização dos fundos específicos da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), da Defensoria Pública (DPGE-RJ) e do Tribunal de Justiça (TJRJ) para o pagamento dos servidores dessas instituições; o maior controle no repasse de verbas para outros poderes, que ficaria vinculado à receita corrente líquida e o fim da gratuidade das barcas para os moradores de Ilha Grande e Paquetá. As propostas ainda incluíam a extinção dos triênios dos servidores estaduais e o estabelecimento de um teto para os reajustes salariais; o adiamento dos reajustes salariais aprovados que entrariam em vigor em 2016 e 2017 para o ano de 2020; a proibição de anistias ou de refinanciamento de dívidas com o estado; o reconhecimento do “estado de calamidade pública” do Rio de Janeiro por parte da Alerj; e, tidas como as principais “medidas de combate à crise”, o aumento da alíquota previdenciária dos servidores ativos de 11% para 14% e da alíquota do governo do estado de 22% para 28%, assim como a instituição de um “percentual de contribuição global” de 30% por meio da criação de uma alíquota temporária extraordinária para servidores inativos, aposentados e pensionistas e a criação de uma alíquota adicional temporária para os servidores ativos para que o somatório final resultasse em 30% do total recebido⁷.

Foi na esfera federal que se desenharam os primeiros cortes orçamentários do Ministério da Saúde responsáveis por desencadear crises locais em diferentes cidades do país. Se em 2014 o investimento em saúde estava na casa dos R\$ 5,87 bilhões, em 2015 esse número caiu para R\$ 4,92 bilhões. Em 2016 e 2017, houve pouca oscilação, sendo investidos R\$ 5,11 e R\$ 4,97 bilhões, respectivamente. Em 2018, o montante de recursos destinados à saúde não passou dos R\$ 4,12 bilhões, sendo a menor quantia desse período.

Em um plano geral, uma das principais propostas do Governo Federal para solucionar a crise

6 O programa Bilhete Único previa a integração entre diferentes modais que circulam no estado do Rio de Janeiro e a possibilidade de utilização de um segundo ônibus de circulação municipal sem que o valor da segunda passagem fosse cobrado. Em 2017, por exemplo, havia integração entre o trem e o metrô e entre o trem e os ônibus municipais. Atualmente, poucos modais contam com integrações subsidiadas e descontos no valor da passagem.

7 Tais projetos – todos eles fortemente marcados por uma ideia de “austeridade indispensável” – foram chamados pelos opositores de “pacote de maldades” do governo Pezão. No encerramento da sessão legislativa de 2016, apenas sete dos 22 projetos apresentados por Pezão haviam sido votados, sendo que um deles foi recusado integralmente, e os outros seis sofreram alterações profundas durante o processo de debate e votação.

financeira no país foi a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 241 – também conhecida como “PEC do Teto de Gastos Públicos” ou, como chamada por seus opositores, “PEC do Fim do Mundo”. A PEC 241 foi apresentada à Câmara dos Deputados pelo Poder Executivo em junho de 2016 com o propósito de instituir o “Novo Regime Fiscal”. Muito resumidamente, o projeto propunha a “estabilização do crescimento” das chamadas despesas primárias; na prática, uma das consequências de sua aprovação foi o congelamento dos “gastos públicos” na Saúde e na Educação por 20 anos, que terão seus orçamentos corrigidos anualmente a partir da inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). No documento protocolado, seus propositores indicavam o estabelecimento de um percentual fixo da Receita a ser destinado para os referidos setores como um dos motivos que levaram o país a entrar em crise, como é possível ver no seguinte trecho:

Um desafio que se precisa enfrentar é que, para sair do viés procíclico da despesa pública, é essencial alterarmos a regra de fixação do gasto mínimo em algumas áreas. Isso porque a Constituição estabelece que as despesas com saúde e educação devem ter um piso, fixado como proporção da receita fiscal. É preciso alterar esse sistema, justamente para evitar que nos momentos de forte expansão econômica seja obrigatório o aumento de gastos nessas áreas e, quando da reversão do ciclo econômico, os gastos tenham que desacelerar bruscamente. Esse tipo de vinculação cria problemas fiscais e é fonte de ineficiência na aplicação de recursos públicos. Note-se que estamos tratando aqui de limite mínimo de gastos, o que não impede a sociedade, por meio de seus representantes, de definir despesa mais elevada para saúde e educação; desde que consistentes com o limite total de gastos. (BRASIL, 2016).

O projeto tramitou durante cerca de seis meses, sendo alvo de inúmeras controvérsias, críticas, *lobbies* e protestos. Em outubro de 2016, o texto foi aprovado em dois turnos na Câmara dos Deputados e enviado ao Senado Federal. No Senado, a PEC recebeu um novo número (PEC 55) e, após dois turnos de votação – um em novembro e outro em dezembro –, foi novamente aprovada. O texto foi promulgado pelo Congresso Nacional em 15 de dezembro de 2016 sob o título de Emenda Constitucional nº 95, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos orçamentos fiscal e da Seguridade Social da União.

Como soluções para a crise da saúde, o ministro da Saúde à época, Ricardo Barros, sempre apontou para a necessidade de “reformular o SUS” para que ele “coubesse no orçamento disponível”. Todos os planos apresentados pelo antigo ministro tiveram como ponto principal a economia de gastos. Durante uma entrevista no programa *Roda Viva* da TV Cultura, ele ressaltou a proposta de criação de “planos de saúde populares” como uma alternativa razoável para que a população pudesse garantir atendimento em saúde, de modo a também “desafogar o SUS” (BARROS, 2018).

Outra forma de economizar os gastos com saúde defendida pelo antigo ministro se baseava na “total informatização de todas as unidades públicas de saúde”. Em diferentes

momentos ele apontou essa ideia como o principal passo para a implementação de uma “gestão eficiente”, capaz de rastrear onde e como estavam sendo empenhados os recursos destinados à Saúde. Através do combate a fraudes e do estrito monitoramento das condutas médicas, a informatização do SUS foi apresentada por Barros em diversas ocasiões como uma medida que acabaria com o problema do “desperdício de recursos” e que resultaria em bilhões poupados (BARROS, 2018).

No início de 2017, o Governo Federal tomou a decisão de “reestruturar” o programa Farmácia Popular depois que uma auditoria conduzida pelo Ministério da Saúde em 480 farmácias encontrou inúmeras irregularidades nas prescrições de medicamentos elencados na política. De acordo com seus idealizadores, os grandes objetivos desse plano de reestruturação foram “combater as fraudes no sistema”, “aperfeiçoar o programa” e implantar “formas eficientes de controle na distribuição de medicamentos”. Na prática, a principal medida tomada foi estabelecer uma nova regra etária para o acesso a medicamentos. Assim, a idade mínima para adquirir medicamentos subsidiados para o tratamento de colesterol alto passou a ser 35 anos; para Parkinson, 50 anos; para osteoporose, 40 anos etc.

Alguns meses depois, o Governo Federal anunciou que deixaria de financiar a rede própria de farmácias do programa e que todas as unidades seriam fechadas até o final daquele ano. Sob a égide do “necessário corte de gastos”, a decisão foi descrita como parte dos esforços do Ministério da Saúde de tornar o programa “mais eficiente”, uma vez que, do valor total destinado ao financiamento do Farmácia Popular, apenas 20% seria gasto efetivamente com a compra de medicamentos, enquanto os outros 80% seriam utilizados para pagar salários de funcionários, aluguéis de imóveis e outras despesas de manutenção estrutural. Para justificar o fechamento das unidades, o governo alegou que não haveria nenhum corte no valor total do financiamento do programa e que tudo que era gasto até então seria repassado para os estados e municípios, de modo a aumentar a quantidade de medicamentos comprados e expandir o acesso da população.

A rede federal de unidades de saúde no Rio de Janeiro também foi alvo de projetos de “reestruturação”. Em 2017, após o ministro da Saúde alegar que os hospitais federais eram ineficientes e que representavam um “desperdício do dinheiro do contribuinte”, foi anunciado um plano de reorganização desses estabelecimentos. O projeto apresentado previa a especialização dos hospitais em determinadas áreas de assistência e serviços de saúde, de modo a torná-los mais “efetivos” e “otimizados” tanto na prestação de atendimento à população quanto no uso de recursos públicos. De acordo com o secretário da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde à época, Francisco de Assis Figueiredo, o remanejamento de equipes para qualificar os hospitais aumentaria cerca de 20% o número de atendimentos especializados

em oncologia, ortopedia e cardiologia realizados nas unidades Além disso, esses hospitais extinguiriam suas filas próprias de cirurgia e entrariam em um sistema único de filas a ser gerenciado pelas unidades estaduais e municipais de saúde a partir de uma Central Única de Regulação. Para o secretário, a redução das “quilométricas filas” dos hospitais era uma das principais metas do projeto.

Apesar da ideia de reestruturação se basear na “urgente necessidade de cortar custos”, Figueiredo reiterou diversas vezes durante a coletiva de imprensa na qual o plano foi apresentado que a reorganização dos serviços não implicaria suspensões, cortes nem diminuições nos atendimentos prestados aos cidadãos e que a nova forma de regulação da fila não alteraria os atendimentos e cirurgias já agendados. O mote da reestruturação seria a realocação de setores qualificados como de “baixa produtividade” para alguma unidade cuja infraestrutura existente pudesse fazer com que as equipes especializadas fossem “melhor [*sic*] aproveitadas”. Ou seja, se antes se ofertava um serviço de cardiologia em quatro hospitais da rede, após a reestruturação haveria apenas um setor no qual, supostamente, estariam disponíveis os melhores equipamentos e profissionais.

Por fim, é preciso ressaltar que todas essas propostas compartilham dois elementos fundamentais e inseparáveis: o *catastrofismo* e o *salvacionismo*. Ou seja, todas elas pressupõem um futuro calamitoso que se aproxima e diante do qual são formulados planos de solução. Para políticos e gestores alinhados com a perspectiva de redução do papel do Estado, o imperativo de frear o crescimento da dívida pública e “salvar a economia” do município, do estado ou até mesmo do país supera a necessidade de resguardar o direito fundamental à saúde, impedir o “desmonte do SUS” e garantir que a população tenha acesso aos serviços de saúde de maneira universal, equânime e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado ao longo do texto, o SUS vem passando por diferentes crises ao longo de seus 30 anos de existência. No entanto um dos mais intrigantes efeitos da declaração de uma crise é sua capacidade de isolar temporalmente certos eventos e fenômenos, de modo a demarcar diferenças irreconciliáveis entre um “presente alargado” e um “passado distante”. A crise produz uma espécie de *tempo presente pulsante e interminável*, que, de acordo com o modo como é narrado, pode se contrair e se dilatar tanto para trás – quando a atualidade é atrelada aos acontecimentos de um passado próximo – quanto para frente – quando o hoje representa uma ameaça ao amanhã ou quando é pressuposto que

o quadro presente se reproduzirá indefinidamente e comprometerá o futuro caso nenhuma solução seja colocada em prática. Apesar de todas as diferenças de perspectivas acerca das causas, consequências e soluções para a crise, a maioria dos atores envolvidos na disputa por sua definição atribui a esse cenário um certo ineditismo. Como disse o presidente do Cremerj em 2015, esta era “a pior crise da saúde pública no Rio de Janeiro”.

Além de um isolamento temporal, pensar a situação nos termos de uma crise implica também uma segregação e uma desconexão espaciais muito específicas. Afinal, o grave desabastecimento de medicamentos básicos só passou a ser descrito como um dos principais elementos indicadores de uma crise da saúde pública quando ele atingiu não só as clínicas da família cariocas em meados de 2017, mas também as unidades de saúde em outras capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

Diante dessa formulação de crise, é fundamental que nos perguntemos se e quando os sinais desse desabastecimento surgiram em outras partes do país, como nas áreas rurais, ou até mesmo se em algum momento da história do SUS os municípios do interior foram de fato “abastecidos”. A desproporção da oferta de equipamentos; das políticas públicas implementadas; da disponibilidade de recursos a serem investidos; da quantidade de profissionais de saúde em atuação etc. em diferentes regiões do país apontam que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde é uma questão perene para a saúde pública brasileira. “Ilhas de excelência” – como são retratadas algumas unidades de saúde como o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into) – e hospitais onde faltam dipirona e paracetamol existem simultaneamente no mapa sanitário brasileiro desde muito antes do início do processo de idealização e concretização do Sistema Único de Saúde. Levando isso em consideração, é preciso questionar por que situações análogas às ocorridas no Rio de Janeiro nos últimos anos não escandalizam nem caracterizam uma crise quando se passam em outros lugares. Dessa pergunta, surgiriam outras, como, por exemplo, que SUS é este que está sendo “desmontado” pelo “projeto da crise”?

No fim das contas, um evento só é considerado crítico (DAS, 1995) ou enquadrado como uma crise quando ele provoca uma ruptura na expectativa de normalidade temporal, espacial, coletiva e subjetiva. Isto é, quando aquilo que não poderia acontecer de forma alguma acontece não só no *tempo errado*, mas também no *lugar errado* e com as *pessoas/populações erradas*. Em síntese, o objetivo do artigo foi demonstrar que a crise atual não pode ser entendida meramente como parte de um projeto político cuja finalidade é conhecida antecipadamente; deve ser encarada como um elemento legitimador e um ponto crítico em um modo de governo que se faz por meio da incessante fabricação da escassez de recursos e da diminuição dos gastos públicos.

REFERÊNCIAS

1. BARROS, Ricardo. **Roda Viva**. São Paulo: TV Cultura, 19 de fev. de 2018. Entrevista concedida a Flávio Freire, Fabiana Cambricoli, Cláudia Collucci, Jessé Reis Alves e José da Rocha Carvalheiro. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JiuxorFYJAw>. Acesso em: 25 jul. 2022.
2. BOLTANSKI, Luc; THÉVENOT, Laurent. **De la justification: les économies de la grandeur**. Paris: Gallimard, 1991.
3. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241-a, de 15 de jun. de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>. Acesso em: 25 jul. 2022.
4. BUTLER, Judith. **Precarious life: the powers of mourning and violence**. London/New York: Verso, 2004.
5. BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
6. CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Angra dos Reis: crise na saúde pública se agrava. **Informes do CREMERJ**, Rio de Janeiro, 19 set. 2016a. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/3242>. Acesso em: 28 jul. 2021.
7. CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Emergência do HFB sofre com superlotação. **Informes do CREMERJ**, Rio de Janeiro, 21 set. 2016b. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/3245>. Acesso em: 28 jul. 2021.
8. CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Crise na saúde avança em todo o Estado. **Informes do CREMERJ**, Rio de Janeiro, 7 dez. 2016c. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/3313>. Acesso em: 28 jul. 2021.
9. CUETO, Marcos; PALMER, Steven. **Medicina e saúde pública na América Latina: uma história**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.
10. DAS, Veena. **Critical events: An anthropological perspective on contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press, 1995.
11. FERREIRA, Leticia. “Apenas preencher papel”: reflexões sobre registros policiais de desaparecimento de pessoa e outros documentos. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 39-68, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/qS7f8NWsmTPWQgWdqPQFd3S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021

12. FREIRE, Lucas. **A gestão da escassez**: uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise”. 2019. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/72/teses/902376.pdf> Acesso em: 25 jul. 2022
13. GOFFMAN, Erving. **Os quadros da experiência social**: uma perspectiva de análise. Petrópolis: Vozes, 2012.
14. HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
15. KOSELLECK, Reinhart. **Crítica e crise**: uma contribuição à patogênese do mundo burguês. Rio de Janeiro: EdUERJ/Contraponto, 1999.
16. LATOUR, Bruno. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.
17. LENOIR, Remi. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, Patrick et al. (org.). **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 59-106.
18. LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Leticia. Perspectivas antropológicas sobre documentos: diálogos etnográficos na trilha dos papéis policiais. In: FERREIRA, Leticia; LOWENKRON, Laura (orgs.). **Etnografia de documentos**: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro: E-papers, 2020. p. 17-52.
19. MACHADO, Cristiani; LIMA, Luciana; BAPTISTA, Tatiana. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. S143 -S161, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022.
20. MENICUCCI, Telma. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1.620-1.625, 2009.
21. NITAHARA, Akemi. Entidades médicas denunciam pior crise na saúde pública do Rio de Janeiro. **Agência Brasil**, Brasília, 22 dez. 2015. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/entidades-medicas-denunciam-pior-crise-na-saude-publica-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 15 set. 2021.
22. OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, s. p., 2008.
23. PAIM, Jairnilson; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 1.819-1.829, 2007.
24. PIRES, Maria; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar:

- repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.
25. RIBEIRO, Patrícia. A gestão descentralizada e participativa do SUS. *In*: ANDREWS, Christina; BARIANI, Edison. **Administração pública no Brasil**: breve história política. São Paulo: Unifesp, 2010. p. 209-264.
26. RIO DE JANEIRO. Decreto N.º 45.692 de 17 de junho de 2016. Decreta estado de calamidade pública, no âmbito da administração financeira do estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 17 de jun. de 2016, seção extraordinária. Disponível em: http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/site_fazenda/legislacao/tributaria/decretos/2016/DECRETO%20N.%C2%BA%2045692%20DE%2017%20DE%20JUNHO%20DE%202016.htm. Acesso em: 25 jul. 2022.
27. ROITMAN, Janet. **Anti-crisis**. Durham, London: Duke University Press, 2014.
28. SANTOS, Luiz Antonio de Castro et al. Lutas pela história da saúde: perspectivas sobre as ciências sociais em saúde a partir da trajetória intelectual de Luiz Antonio de Castro Santos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 993-1.012, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mHbHwkDfH6RsKngSDSnm6YJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022.
29. SILVA, Guilherme. O SUS e a crise atual do setor público da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 15-21, 1995.
30. VEJA a íntegra de discurso do prefeito eleito do Rio, Marcelo Crivella. **G1**, Rio de Janeiro, 1 jan. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/veja-a-integra-de-discurso-do-prefeito-eleito-do-rio-marcelo-crivella.ghtml>. Acesso em: 28 jul. 2021.
31. VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, sup. 15, p. 225-264, 2005.
32. VIANNA, Adriana. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. *In*: CASTILHO, Sérgio; SOUZA LIMA, Antonio Carlos de; TEIXEIRA, Carla Costa (org.). **Antropologia das práticas de poder**: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa: Faperj, 2014. p. 43-70.

Lucas Freire

Doutor e Mestre em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutorando no Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais da Escola de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9629-6840>. E-mail: lucas.mfreire@hotmail.com